Année 1974 N°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

XAVIER BICHAT

81

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Daniel FAURE

NE LE 27 MARS 1945 A PARIS (14)

Presentée et soutenue publiquement le 1974

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE INTOXICATION AIGUE

EN MILIEU HOSPITALIER

PRESIDENT : MONSIEUR J. BAUMANN, PROFESSEUR.

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve

Année 1974 N°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

XAVIER BICHAT

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Daniel FAURE

Né le 27 Mars 1945 à PARIS (14)

Présentée et soutenue publiquement le 1974

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE INTOXICATION AIGUE EN MILIEU HOSPITALIER

Président : Monsieur J. BAUMANN, Professeur.

Editions de l'A.G.E.M.P.
8, Rue Dante - PARIS Ve.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Doyen Jean BAUMANN, qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

L'expression de notre gratitude.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549228_0039

A Monsieur le Professeur Agrégé Pierre JOLIS dont les conseils et les encouragements nous ont été précieux pour son élaboration.

INTRODUCTION

- Les intoxications aigues, volontaires ou accidentelles, ont des causes variées. Le plus souvent médicamenteuses, elles peuvent concerner des produits ménagers ou industriels.

- Malgré la diversité des tableaux cliniques rencontrés, certains signes ont une fréquence particulière: les troubles de la conscience, les troubles neurologiques, en particulier vegetatifs. Toutes ces manifestations sont dues à la présence dans l'organisme d'un ou de plusieurs produits toxiques.

- Le traitement des intoxications aigues comporte donc plusieurs aspects:

a/ Symptomatique, qui a pour but de maintenir ou de rétablir les fonctions vitales.

b/ Spécifique, par l'épuration du toxique.

- Le traitement symptomatique et le traitement épurateur sont complémentaires. La priorité revient souvent au traitement symptomatique, car les détresses ventilatoire et circulatoire sont accompagnés de troubles hypoxiques qui peuvent aboutir à des lésions anoxiques irréversibles.

- Les modalités du traitement épurateur dépendent de nombreux facteurs : nature, quantité, et mode d'absorption du toxique; début de l'intoxication et contre-indications éventuelles.

- Certains gestes peuvent être faits systématiquement ;(en tenant compte des contre-indications éventuelles).
L'aspiration et le lavage gastrique ont certains avantages dans les intoxications récentes; leur rôle est à la fois curatif et diagnostique.

- La diurèse osmotique neutre peut se justifier, car la plupart des toxiques habituels sont éliminés par le rein, et la polyurie induite accélère leur élimination.

- Dans les quelques dizaines de minutes qui suivent l'hospitalisation d'un intoxiqué, de nombreuses décisions doivent être prises: nature et priorité des soins à donner, modalités de surveillance et de traitement, recherches toxicologiques, etc...

- Il nous a paru intéressant de dégager les grandes lignes de ce traitement initial complexe, et de les resumer sous forme de schémas et de tableaux.

- Notre plan sera le suivant :

PLAN

I) RAPPEL CLINIQUE

2) EXAMEN INITIAL

-Notion d'urgence

3) MISE EN CONDITION

-Prévention de l'hypoxie

-Equilibre circulatoire

4) ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

-Bilan clinique

-Enquête toxicologique

-Examens para cliniques

5) ABORD THERAPEUTIQUE

-Epuration : Digestive

Rénale

Extra-rénale

Sanguine

-Neutralisation

COMMENTAIRE DES DIAPOSITIVES

I) TITRE de la Thèse

2) Thèse pour le Doctorat en Médecine -Diplôme d'Etat-
par Monsieur FAURE Daniel
Né le 27 Mars I945 à Paris XIV °

3) Président : Monsieur le Professeur Jean BAUMANN

4) Travail du Département d'Anesthésie Réanimation de l'Hopital BEAUJON.
Professeur Agrégé Pierre JOLIS
C.H.U. Xavier BICHAT-BEAUJON
Université PARIS VII

5) Notre plan sera le suivant.

6) Rappel clinique
(sans commentaire)

7) Chacun de ces troubles peut apparître à la suite d'une intoxication aigue.

8) Les conséquences habituelles peuvent être réversibles..

9) ... Mais ils concourent à l'hypoxie cellulaire dont les conséquences sont souvent irréversibles.

10) Exemen initial
(sans commentaire)

11) Un examen rapide de l'efficacité ventilatoire et circulatoire, et du niveau de vigilance donne une idée de la gravité de l'intoxication et des risques evolutifs

12) Le traitement immédiat de la défaillance cardio-respiratoire prévient l'hypoxie cérébrale dont les conséquences sont rapidement irréversibles.

13) Le contrôle des voies aériennes et de la ventilation.

14) ... Et le rétablissement d'une pression artérielle efficace assurent l'oxygénation tissulaire.

15) Les convulsions, causes ou conséquences de l'hypoxie cérébrale doivent être traitées sans délai.

16) L'inhalation de vomissements entraîne des troubles hypoxiques sévères, obstructifs ou chimiques, auxquels s'ajoute un risque infectieux certain.

17) Les complications peuvent être évitées en grande partie par une mise en condition correcte.

18) Prévention de l'hypoxie
(sans commentaire)

19) L'obstruction pharyngée par le sang, les sécrétions la chute de la langue ; les obstacles glottiques spasme ou oedème, et la stase des sécrétions bronchiques s'ajoutent à la dépression bulbaire et aggravent l'hypoxie.

20) Les mesures préventives ou thérapeutiques dépendent de l'efficacité de la ventilation et du niveau de vigilance . (Fig n° 1)

21) Le sujet inconscient ou obnubilé, dont la ventilation est efficace, est placé en position laterale de sécurité.

22) La canule oro-pharyngée et les aspirations fréquentes préviendront l'obstruction des voies aériennes supérieures.

23) Les troubles ventilatoires chez un sujet inconscient justifient l'intubation et la ventilation assistée.

24) La protection des voies aériennes est absolument indispensable si on pratique un lavage gastrique chez un sujet obnibulé et comateux.

25) Equilibre circulatoire
(sans commentaire)

26) La fréquence des troubles circulatoires rend l'abord veineux indispensable . La mise en place d'un cathéter de longueur et de calibre suffisants sera faite avec une asepsie rigoureuse.

27) L'abord veineux est brachial, jugulaire , sous-clavier ou fémoral. L'extrémité du cathéter doit se trouver dans un tronc veineux intra-thoracique; ou dans l'oreillette droite.

28) Tout déficit volémique est compensé par du sang iso-groupe.

29) Les solutés macro-moléculaires peuvent être employés temporairement dans certains cas. Les amines pressives n'ont que des indications très limitées.

30) Le soluté glucose peut ,suivant sa concentration servir de vecteur aux drogues, d'apport métabolique ou de charge osmotique

31) La pression arterielle , la pression veineuse centrale et la diurèse sont les principaux éléments de surveillance.

32) Il est indispensable de suivre régulièrement leur évolution.

33) Les dyskalémies et certaines intoxications ,telles que les intoxications par les digitaliques ou les imipramines , exigent une surveillance électro-cardioscopique.

34) L'essentiel du traitement symptomatique est résumé sur ce tableau.(Fig n° 2)

35) Elements de diagnostic
(sans commentaire)

36) Le diagnostic repose en grande partie sur les renseignements obtenus auprès de la famille, ou des organismes qui sont chargés du ramassage et du transport.

37) Dans certains cas, la mise en condition peut préceder l'hospitalisation.

38) Les renseignements fournis par les feuilles de transport prennent alors toute leur valeur.

39) Sans commentaire.

40) Tous ces éléments sont incorporés au dossier médical

41) Bilan clinique
(sans commentaire)

42) L'examen clinique initial est repris et approfondi

43) Il peut permettre d'éliminer certains comas.

44) Ou découvrir des contre-indications à la diurèse osmotique

45) Enquête toxicologique
(sans commentaire)

46) Cette enquête porte sur le temps écoulé depuis l'absorption du toxique.

47) Les produits absorbés , et les doses supposées.

48) La nature exacte des composants, leur toxicité.

49) Le mode d'absorption.

50) En cas de doute sur la composition, la toxicité d'un produit, ou les modalités de traitement ,on doit s'adresser à un centre anti-poison.

51) Examens para cliniques
(sans commentaire)

52) La mise en évidence de toxiques dans le sang, les urines ou le liquide gastrique viendra etayer le diagnostic. Une reponse négative doit faire procéder à une nouvelle recherche dans les heures suivantes.

53) On ne doit pas oublier le bilan sanguin et urinaire avant la mise en route du traitement épurateur.

54) Le contrôle radiologique pulmonaire est justifié par la fréquence des complications respiratoires.

55) Le syndrome de Mendelson étant la plus redoutable.

56) Abord thérapeutique
(sans commentaire)

57) Les indications thérapeutiques dépendent de la nature du toxique, de la précocité du traitement et les contre-indications éventuelles.

58) L'aspiration et le lavage gastrique peuvent être pratiqués systématiquement. Ils sont complétés au besoin par une purgation saline ou osmotique.

59) Mais leur efficacité se limite aux premieres heures de l'intoxication. Au delà de huit heures ils sont inutiles, sauf pour les imipramines.

60) Le lavage comporte certains risques qui peuvent être évités s'il n'est fait chez un sujet conscient en position latérale de sécurité, ou intubé, et en respectant les contre-indications.

61) La diurèse osmotique nécessite un bilan précis des apports et des pertes hydro-electrolytiques.

62) La fréquence des toxiques éliminés par voie rénale justifie la mise en route systématique d'une diurèse osmotique neutre (Fig. n°3)

63) La diurèse alcaline est indiquée pour les barbituriques lents et les salicylés en phase acidose. (Fig. n° 4)

64) Mais elle peut entrainer une dépression respiratoire ou une surcharge sodée.

65) L'épuration extra-rénale doit être envisagée pour certaines contre-indications si la gravité de l'intoxication le justifie.

66) Les toxiques volatils sont éliminés par hyper-ventilation;le nez de Toremalm ici, est évidemment contre-indiqué.

67) L'oxygénothérapie hyperbare est reservée aux comas oxycarbonés.

68) Certains toxiques peuvent être neutralisés; on peut citer l'eau de Javel, les méthémoglobinisants, les anticholinestérasiques, les cyanures.

69) Quand la diurèse osmotique est contre-indiquée, une dialyse péritonéale peut être mise en route; mais elle est moins puissante que le rein artificiel,qui nécessite ,lui, un équipement spécialisé.

70) Nous citerons pour mémoire l'exsanguino-transfusion dont les indications sont limités, en particulier pour les antipaludéens et le phosphore.

71) Ce tableau résume la démarche à suivre pour le traitement en fonction de la gravité de l'intoxication et des possibilités matérielles du service. (Fig. n° 5)

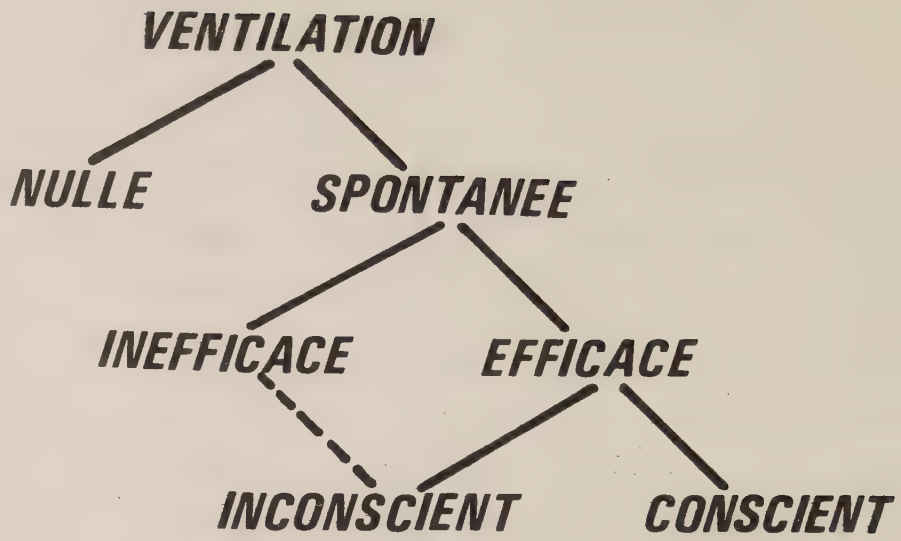
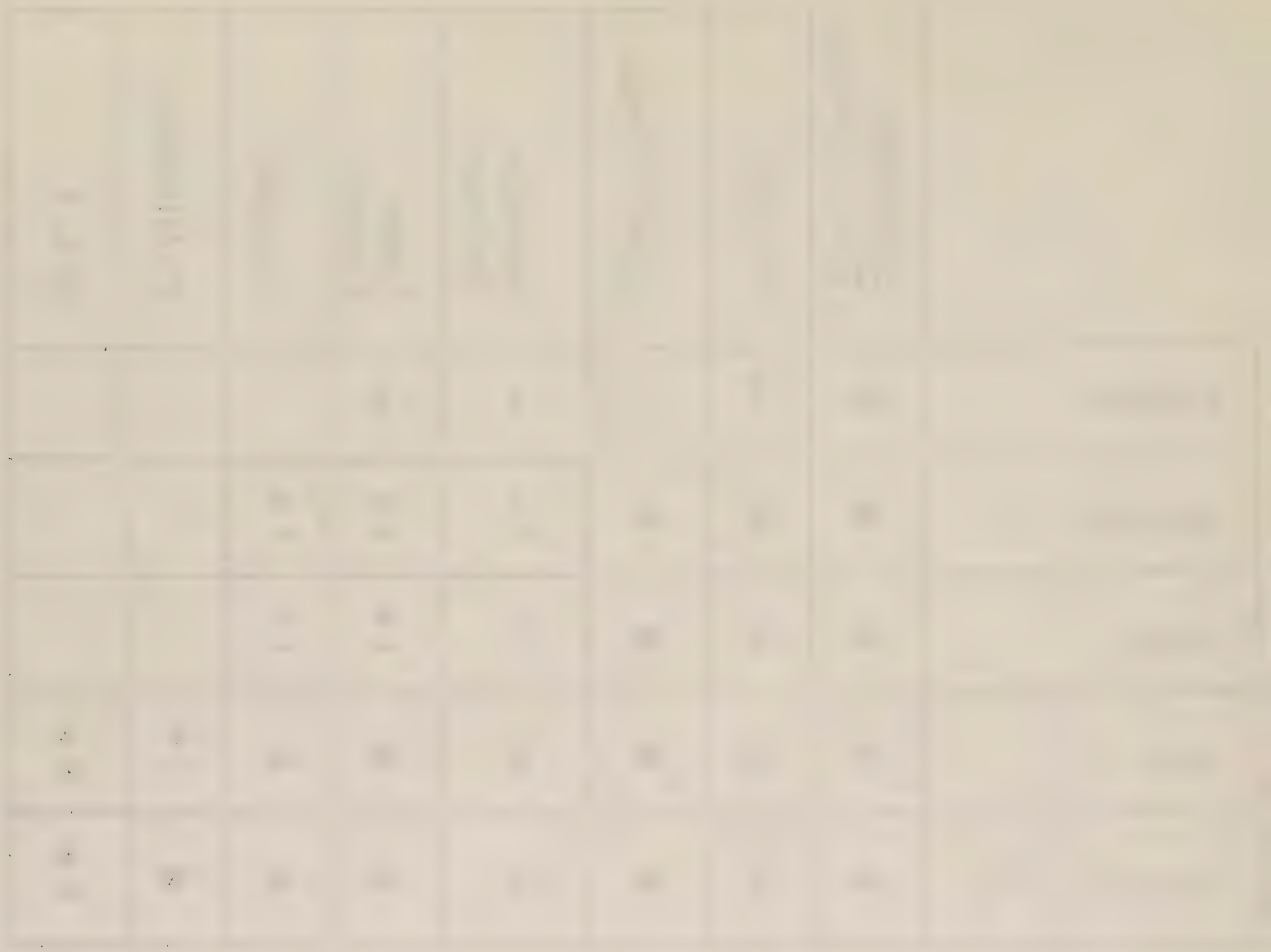

VENTILATION
NULLE
SPONTANEE
INEFFICACE
EFFICACE
INCONSCIENT
CONSCIENT

FIGURE N° I

	Surveillance ∏ TA V' Diurèse	Perfusion	Sonde Vésicale	Aspiration Gastrique	Lavage Gastrique	Intubation	V' Artificielle	M. C. E.
Conscient	●	+ -		+	+			
Obnubilé	●	●	●	+ -	+ - →	+ -		
Stade I	●	●	●	+ -	+ - →	+ -		
Stade II	●	●	●	●	●	●	+ -	+ -
Stades III - IV	●	●	●	●	●	●	●	+ -

FIGURE N° 2



NOM : .....

PRENOM : .....

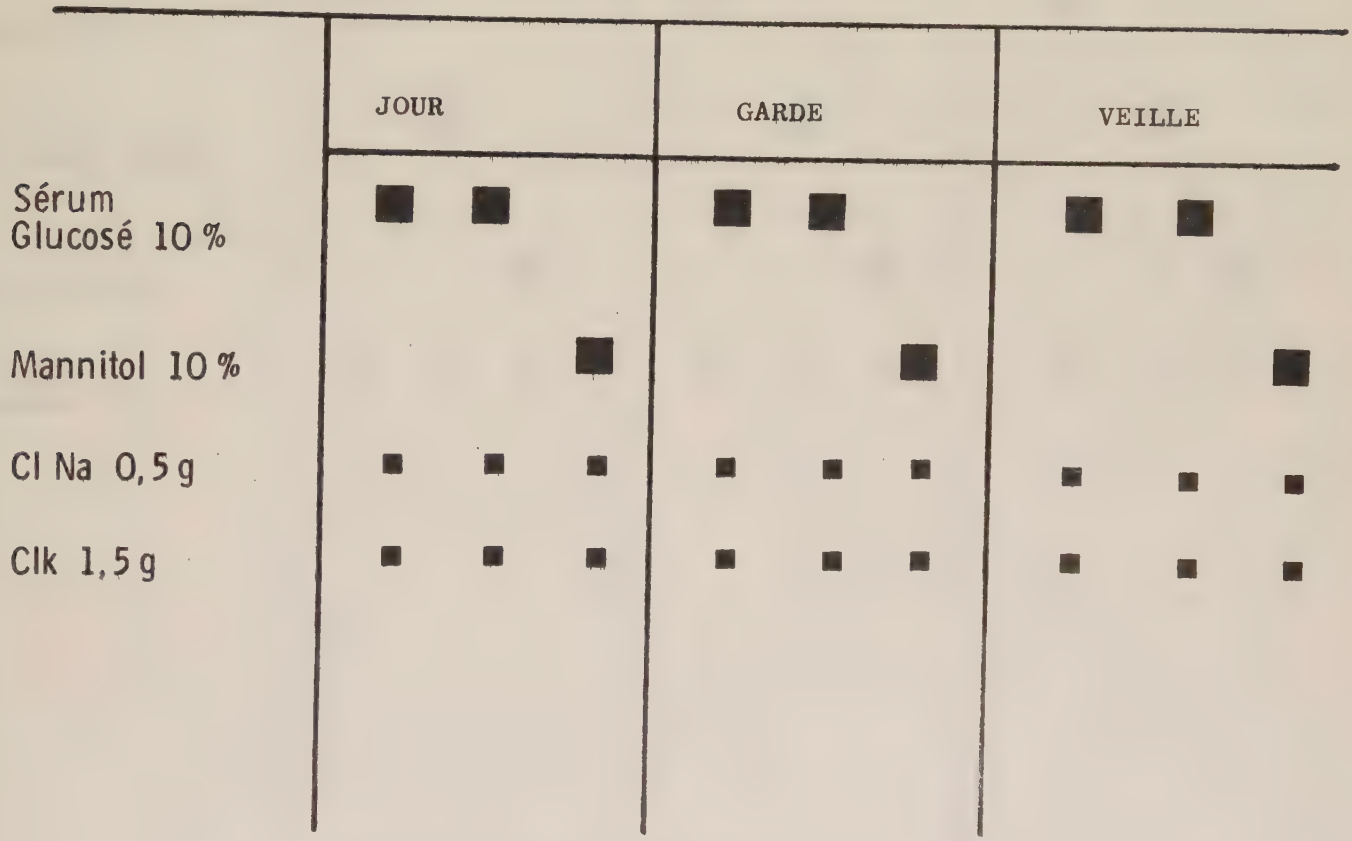
LIT N° : .....

PRODUITS INGERES : .....

.....

.....

PRESCRIPTIONS DU : .... AU .....



DIURESE OSMOTIQUE NEUTRE

FIGURE N° 3

NOM : .....

PRENOM : .....

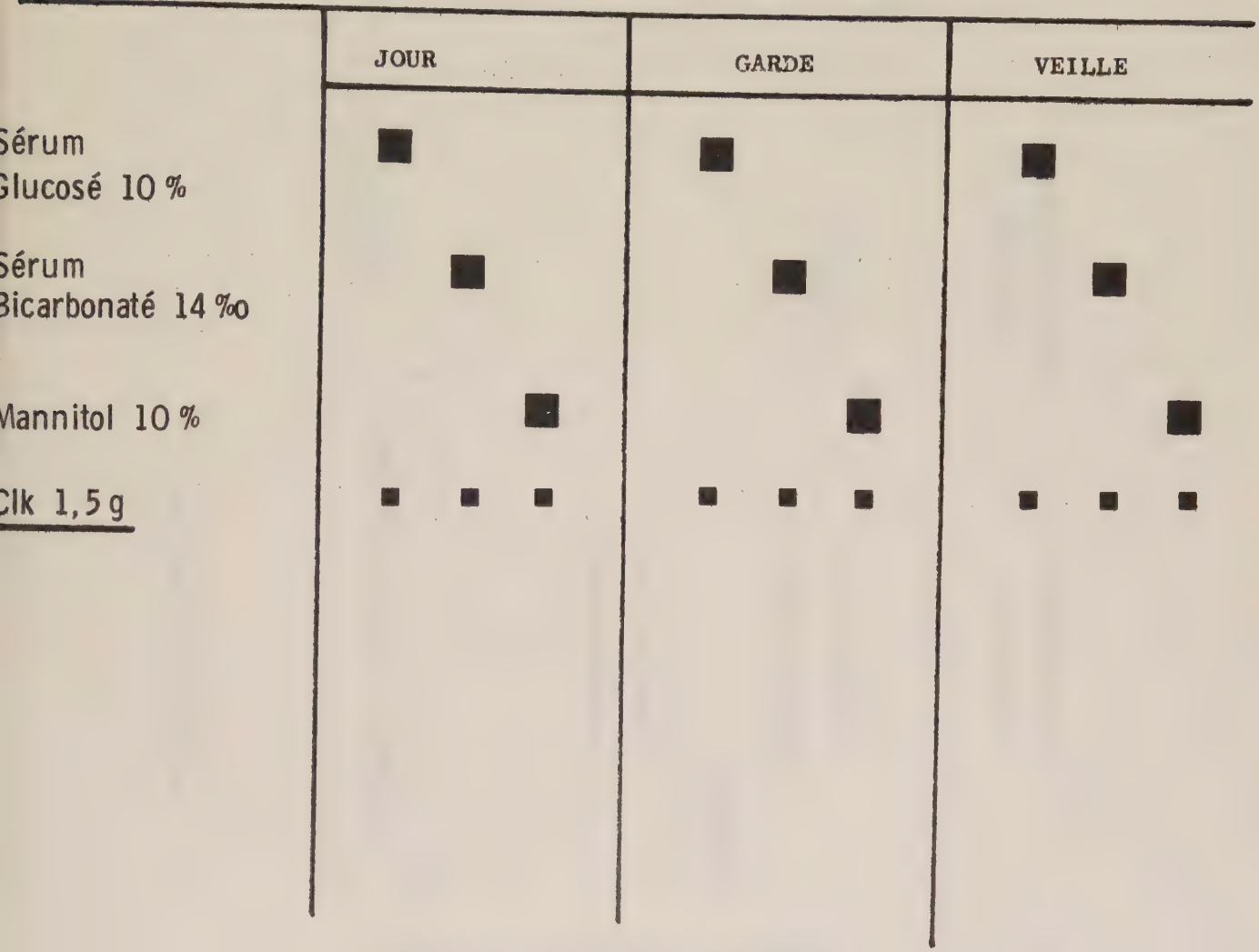
LIT N° : .....

PRODUITS INGERES : .....

.....

.....

PRESCRIPTIONS DU : ..... AU .....



DIURESE OSMOTIQUE ALCALINE

FIGURE N° 4

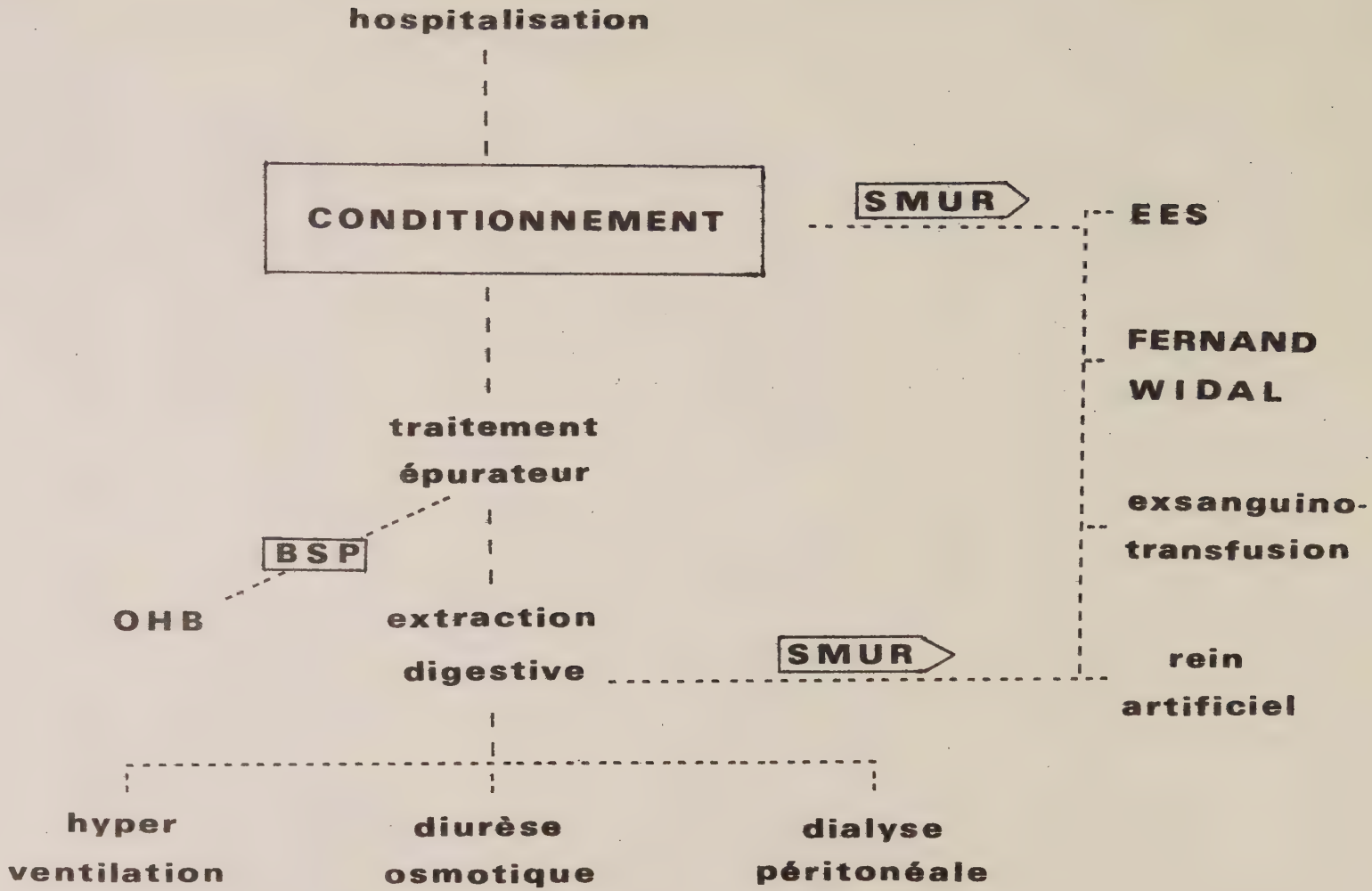

hospitalisation
CONDITIONNEMENT
SMUR
EES
FERNAND
WIDAL
traitement
épurateur
exsanguino-
transfusion
BSP
OHB
extraction
digestive
SMUR
rein
artificiel
hyper
ventilation
diurèse
osmotique
dialyse
péritonéale

FIGURE N° 5

C O N C L U S I O N

Notre travail réalisé dans le Département d'Anesthésie-Réanimation de l'hôpital Beaujon (Professeur Agrégé Pierre JOLIS) et l'Unité Audio-Visuelle du CHU Xavier-Bichet- Beaujon (Doyen Jean BAUMANN, Docteur René FERRAND) avait pour but de détailler la conduite du médecin en présence d'une intoxication exogène , accidentelle ou volontaire ; nous l'avons présentée sous forme de diapositives en couleur , sonorisées et entraînées par une bande magnétique .

Les conclusions que nous pensons pouvoir tirer de notre travail sont les suivantes:

1° L'examen clinique doit porter sur trois points essentiels: circulation, ventilation, conscience; il doit ne pas faire retarder , mais au contraire hâter les gestes essentiels à la survie: lutte contre l'hypoxie.

2° La ventilation , spontanée ou artificielle , n'est efficace que si les voies aériennes sont libres et protégées.

3° C'est seulement lorsque ces premiers gestes sont faits que l'on peut effectuer la recherche d'un diagnostic dont les trois éléments sont :

- le bilan clinique
- l'enquête toxicologique
- les examens para-cliniques et de laboratoire.

4° La thérapeutique comprend

- l'épuration qui peut être digestive, rénale, extra-rénale, sanguine (on tiendra compte des indications et contre-indications liées au malade ou au toxique)
- la neutralisation;
- et ,bien entendu, le maintien ou la suppléance des fonctions respiratoires et circulatoire.

5° Selon les circonstances (équipement hospitalier , qualification de l'équipe , gravité de l'état) le traitement

- peut être entrepris dans la formation d'accueil,
- ou nécessiter le transport secondaire , vers un centre spécialisé, par les soins d'un S.M.U.R., dont le véhicule sanitaire , terrestre ou aérien, permettra la continuation de la surveillance et des soins pendant le transport.

ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

I) BETHEUIL M.J

Conduite à tenir devant une intoxication dans les premières heures. La revue de Médecine ,n°35 octI971

2) BISMUTH C. FREJAVILLE J.P. PEBAY-PEYROULA F.

La réanimation des intoxications aigues

Les cahiers Baillière 1971

3) FOURNIER E, GERVAIS P.

Dictionnaire des Intoxications

Heures de France 1970

4) FREJAVILLE J.P. BISMUTH C. CHRISTOFOROV B. et coll

Notions pratiques sur les intoxications aigues par les médicaments. Le Concours Médical,supplément au n° 7, fév 1968

5) GAULTIER M. GERVAIS P. FREJAVILLE J.P. EFTHYMIOU M.L.

Toxicologie en Pathologie Médicale. Flammarion Médecine 1972

6) MANTZ J.M. TEMPE J.D. KURTZ D.

Comas toxiques dans un service de réanimation médicale. Revue du Praticien, XXI n° 13 mai I971

Vu, le President de Thèse

Monsieur le Professeur Jean BAUMANN

Vu, le Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur Jean BAUMANN

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris